

Telefono: 0123/456789

E-mail: itamedical@itamedical.it

## REFERTO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nome: Demo

Cognome: Donna

Nato/a il: 01/01/1989

CF: XXXXXX89A01D612X

Indirizzo: Via Prova n° 56, 36100, Vicenza (VI)

### Motivo della visita e note anamnestiche

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Integer dapibus interdum metus, nec facilisis urna faucibus a. In ultricies lacinia ex, non tristique risus luctus in. Maecenas vel interdum ex. Donec vel ipsum arcu. Aenean mauris ex, vehicula in lacinia sit amet, iaculis eu neque. Donec efficitur, ante quis fermentum ornare, sapien ipsum vulputate lacus, et vulputate lacus felis id magna. Mauris in enim nec lacus tempus cursus. Etiam id tincidunt orci, id sagittis risus. Curabitur feugiat magna sem, ut viverra augue vulputate sed. Maecenas ut augue sed urna commodo ornare ac consectetur sapien. Nunc pellentesque vitae sem sed placerat. Etiam sed feugiat neque.

Documento firmato da: Dott. Test Test il YYYYMMDDHHMMSS+ZZZZ

### Prestazioni eseguite:

BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE in data: YYYYMMDDHHMMSS+ZZZZ